

Thomas Schott  
Claudia Hornberg (Hrsg.)

# Die Gesellschaft und ihre Gesundheit

20 Jahre Public Health  
in Deutschland: Bilanz und Ausblick  
einer Wissenschaft

ARBEIT GRENZEN POLITIK HANDLUNG METHODEN GEWALT SPRACHE WISSEN  
SCHAFT DISKURS SCHICHT MOBILITÄT SYSTEM INDIVIDUUM KONTROLLE  
ZEIT ELITE KOMMUNIKATION WIRTSCHAFT BERECHTIGKEIT STADT WERTE  
RISIKO ERZIEHUNG GESELLSCHAFT REVISION UMWELT SOZIALISATION  
RATIONALITÄT VERANTWORTUNG MACHT PROZESS LEBENSSTIL DELIN



**GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT**

Thomas Schott · Claudia Hornberg (Hrsg.)

Die Gesellschaft und ihre Gesundheit

# Gesundheit und Gesellschaft

Herausgegeben von  
Ullrich Bauer  
Uwe H. Bittlingmayer  
Matthias Richter

Der Forschungsgegenstand Gesundheit ist trotz reichhaltiger Anknüpfungspunkte zu einer Vielzahl sozialwissenschaftlicher Forschungsfelder – z. B. Sozialstrukturanalyse, Lebensverlaufsforschung, Alterssoziologie, Sozialisationsforschung, politische Soziologie, Kindheits- und Jugendforschung – in den Referenzprofessionen bisher kaum präsent. Komplementär dazu schöpfen die Gesundheitswissenschaften und Public Health, die eher anwendungsbezogen arbeiten, die verfügbare sozialwissenschaftliche Expertise kaum ernsthaft ab.

Die Reihe „Gesundheit und Gesellschaft“ setzt an diesem Vermittlungsdefizit an und systematisiert eine sozialwissenschaftliche Perspektive auf Gesundheit. Die Beiträge der Buchreihe umfassen theoretische und empirische Zugänge, die sich in der Schnittmenge sozial- und gesundheitswissenschaftlicher Forschung befinden. Inhaltliche Schwerpunkte sind die detaillierte Analyse u. a. von Gesundheitskonzepten, gesundheitlicher Ungleichheit und Gesundheitspolitik.

Thomas Schott  
Claudia Hornberg (Hrsg.)

# Die Gesellschaft und ihre Gesundheit

20 Jahre Public Health  
in Deutschland: Bilanz und Ausblick  
einer Wissenschaft



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der  
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über  
<<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

1. Auflage 2011

Alle Rechte vorbehalten

© VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2011

Lektorat: Frank Engelhardt

VS Verlag für Sozialwissenschaften ist eine Marke von Springer Fachmedien.

Springer Fachmedien ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media.

[www.vs-verlag.de](http://www.vs-verlag.de)



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Umschlaggestaltung: KünkelLopka Medienentwicklung, Heidelberg

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Printed in Germany

ISBN 978-3-531-17581-2

# Dank

Zum Gelingen dieses Bandes haben viele beigetragen. Ihnen allen gilt unser Dank. Ausdrücklich und herzlich danken möchten wir insbesondere den im Buch vertretenen Autorinnen und Autoren sowie Lene Friedrich-Gärtner, Benjamin Kuntz, Laura Nölke für wichtige und vielfältige Unterstützung in der organisatorischen und redaktionellen Arbeit, Elisabeth Bergner für ihre engagierte Lektorsratsarbeit, Reinhard Samson für die Unterstützung bei der Erstellung des Layouts, den Herausgebern der Reihe „Gesundheit und Gesellschaft“ für ihre Anregungen sowie Frank Engelhardt und Cori Antonia Mackrodt für die Unterstützung seitens des Verlags.

Bielefeld, im Oktober 2010

*Thomas Schott und Claudia Hornberg*

# Inhalt

|  |    |
|--|----|
| Vorwort .....                          | 13 |
| <i>Thomas Schott, Claudia Hornberg</i> |    |

## I. Grundlagen einer gesunden Gesellschaft

|  |    |
|--|----|
| Kooperation und Gesundheit – Zur Rolle der Soziologie in den Gesundheitswissenschaften ..... | 23 |
| <i>Bernhard Badura</i>   |    |

|  |    |
|--|----|
| Elemente einer Theorie der sozialen Gesundheit .....   | 39 |
| <i>Holger Pfaff, Nicole Ernstmann, Elke Driller, Julia Jung, Ute Karbach, Christoph Kowalski, Anika Nitzsche, Oliver Ommen</i> |    |

|  |    |
|--|----|
| 20 Jahre Public Health – 20 Jahre Politik für eine gesunde Gesellschaft? ..... | 69 |
| <i>Thomas Gerlinger, Rolf Schmucker</i>  |    |

## II. Geschichtliches: Die Wiederaufnahme der Idee von Public Health

|   |    |
|---|----|
| „Selbsthilfebewegung“ und Public Health ..... | 87 |
| <i>Alf Trojan</i>                             |    |

|  |     |
|--|-----|
| 16 Jahre Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld ..... | 105 |
| <i>Peter-Ernst Schnabel, Paul Wolters</i>  |     |

|   |     |
|---|-----|
| Das Public-Health-Förderprogramm der Bundesregierung und was es bewirkt hat ..... | 127 |
| <i>Jutta Rübiger</i>  |     |

### III. Themenfelder der Gesundheitswissenschaften

|  |     |
|--|-----|
| Die Professionalisierung der Epidemiologie in Deutschland im Kontext von Public Health .....           | 145 |
| <i>Oliver Razum, Patrick Brzoska, Jürgen Breckenkamp</i>   |     |
| Sozialepidemiologie: Über die Wechselwirkungen von Gesundheit und Gesellschaft .....                   | 159 |
| <i>Thomas Schott, Benjamin Kuntz</i>   |     |
| Gesundheitsberichterstattung und Public Health in Deutschland .....                                    | 173 |
| <i>Doris Bardehle, Oliver Razum</i>  |     |
| Stellenwert und Aufgabenfelder von „Umwelt und Gesundheit“ in Public Health .....                      | 191 |
| <i>Claudia Hornberg, Andrea Pauli</i>  |     |
| Aufklärung als Mission? Public Health und die sozialetische Verpflichtung zum genetischen Wissen ..... | 219 |
| <i>Günter Feuerstein</i>   |     |
| Was hält uns gesund? Gesundheitsressourcen: Von der Salutogenese zum Sozialkapital .....               | 235 |
| <i>Susanne Hartung</i>   |     |
| Gesundheitsförderung und Prävention im Kontext von Public Health .....                                 | 257 |
| <i>Toni Faltermaier, Petra Wihofszky</i>   |     |
| Ethik und Public Health .....  | 275 |
| <i>Peter Schröder-Bäck</i>   |     |
| Soziologische Grundlagen der Versorgungsforschung .....  | 293 |
| <i>Bernhard Borgetto</i>   |     |



**IV. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen: Systeme, Strukturen, Institutionen**

|   |     |
|---|-----|
| Bildung und Gesundheit .....  | 311 |
| <i>Benjamin Kuntz</i>   |     |
| Gesundheitsökonomie: Über die rationale Allokation knapper Ressourcen im Versorgungsalltag .....  | 329 |
| <i>Wolfgang Greiner</i>   |     |
| Krankenhaus und Public Health .....   | 345 |
| <i>Johannes Staender</i>  |     |
| Demografischer Wandel in der Arbeitswelt: Ein internationaler Vergleich im Hinblick auf Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit .....          | 367 |
| <i>Gottfried Richenhagen</i>  |     |
| Betriebliches Gesundheitsmanagement durch die GKV – Erfahrungen und Ausblick .....  | 385 |
| <i>Michael Drupp</i>  |     |
| Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung – für Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ..... | 401 |
| <i>Silke Brüggemann, Rolf Buschmann-Steinhage, Verena Pimmer</i>  |     |
| Der Präventionsauftrag der Gesetzlichen Unfallversicherung – ein großes Potenzial für das Betriebliche Gesundheitsmanagement .....          | 419 |
| <i>Jürgen Lempert-Horstkotte, Linda Friederike Tacke</i>  |     |
| Auf dem Weg zu guter Arbeit – Gesundheit in der Arbeitswelt .....   | 433 |
| <i>Elke Hannack, Evelyn Räder</i>   |     |
| Der Beitrag großer deutscher Stiftungen zur öffentlichen Gesundheit .....   | 445 |
| <i>Erika Mezger</i>   |     |

|  |     |
|--|-----|
| Transparenz und Rationalität: Der Gemeinsame Bundesausschuss, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und die neue Institution zur Qualitätssicherung nach § 137a SGB V ..... | 459 |
|--|-----|

*Norbert Schmacke*

|   |     |
|---|-----|
| Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich ..... | 471 |
|---|-----|

*Claus Wendt*

## **V. Lebenswelten und Gesundheit**

|   |     |
|---|-----|
| Kinder und Jugendliche: Die Gesundheit der heranwachsenden Generation ..... | 489 |
|---|-----|

*Matthias Richter, Verena Bohn, Thomas Lampert*

|  |     |
|--|-----|
| Wege zu einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung ..... | 509 |
|--|-----|

*Petra Kolip*

|  |     |
|--|-----|
| Lebenswelt und Gesundheit älterer Menschen ..... | 525 |
|--|-----|

*Dagmar Dräger, Stefan Blüher*

|  |     |
|--|-----|
| Lebenswelt und Gesundheit benachteiligter Bevölkerungsgruppen als Public Health-Thema: Behindert sein und behindert werden ..... | 545 |
|--|-----|

*Mathilde Niehaus*

|                                |     |
|--------------------------------|-----|
| Migration und Gesundheit ..... | 555 |
|--------------------------------|-----|

*Oliver Razum, Jacob Spallek, Hajo Zeeb*

|                            |     |
|----------------------------|-----|
| Armut und Gesundheit ..... | 575 |
|----------------------------|-----|

*Thomas Lampert*

|  |     |
|--|-----|
| Gesundheitsförderung und Prävention in Settings: Elternarbeit in Kitas, Schule und Familienhilfe ..... | 599 |
|--|-----|

*Susanne Hartung, Sabine Kluwe, Diana Sahrai*

---

|  |            |
|--|------------|
| Gesundheitsförderung und Prävention in Settings: Betriebliches<br>Gesundheitsmanagement .....      | 619        |
| <i>Wolfgang Slesina, Stefanie Bohley</i>   |            |
| Vernetzung im Stadtteil als Motor settingbezogener<br>Gesundheitsförderung im Alter .....          | 635        |
| <i>Josefine Heusinger</i>  |            |
| Ältere Menschen als Pflegende: Zielgruppenspezifische<br>Gesundheitsförderung und Prävention ..... | 653        |
| <i>Stefan Blüher, Dagmar Dräger</i>  |            |
| <b>Verzeichnis der Autorinnen und Autoren .....</b>  | <b>669</b> |

# Vorwort

*Thomas Schott, Claudia Hornberg*

Dieses Buch reflektiert die vielfältigen Zusammenhänge zwischen der Verfasstheit einer Gesellschaft und der Gesundheit ihrer Bevölkerung. Es trägt den Untertitel „20 Jahre Public Health in Deutschland“ und will damit die vor ca. 20 Jahren erfolgte Wiederaufnahme einer langen, aber mehrfach verschütteten Tradition akzentuieren. Während die meisten westlichen Länder ihre Tradition von Public Health irgendwo im 18. oder 19. Jahrhundert beginnen lassen, geht die tatsächliche Denktradition der Vorsorge für die Gesundheit und der Verhütung von Krankheit in der westlichen Welt auf die griechische und römische Mythologie zurück. Hygieia, Göttin der Gesundheit und Sauberkeit, war die Tochter des Asklepios, des Gottes der Medizin. Asklepios' Schutzfunktion war eher mit den Begriffen Krankheit und Heilung verbunden, wohingegen seine Tochter für die Verhütung von Krankheit und die Förderung einer guten Gesundheit zuständig war. Eindrucksvoller Beweis dieser Tradition sind noch heute die Frisch- und Abwassersysteme der Antike, die zum Nutzen und für die Gesundheit Aller errichtet wurden.

Dieses Wissen war in Europa jedoch lange Zeit verloren. Bis zum 19. Jahrhundert stank es in den europäischen Metropolen so erbärmlich zum Himmel, dass der Geruch zu einem zentralen wissenschaftlichen Thema wurde (Corbin 1992). Die großen Städte wurden regelmäßig von verheerenden Cholera-Epidemien heimgesucht. Krankheitserreger waren als mögliche Ursachen vieler Krankheiten noch unbekannt. Vielmehr ging man von Emanationen und Miasmen aus, also Ausdünstungen der Erde, die die Luft verpesteten und als Ursache dieser Epidemien angesehen wurden. Leistungsfähige Kanalisations- und Abwassersysteme wurden erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts gebaut.

Die Wiedergeburt der öffentlichen Gesundheit in Europa wird mit der Veröffentlichung eines sechsbändigen Werkes von Johann Peter Frank (1745-1821) datiert – „System einer vollständigen medicinischen Policey“ –, dessen erster Band 1779 erschien. Frank war ein deutscher Arzt und Sozialhygieniker und gilt als Begründer der öffentlichen Hygiene und des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Als Professor lehrte er u. a. an den Universitäten Göttingen, Pavia, Vilnius sowie am Wiener Allgemeinen Krankenhaus bevor er schließlich als Leibarzt an den Hof des Zaren Alexander I nach St. Petersburg ging. Frank skizzierte die Grenzen der heilenden Medizin und sah es als Pflicht des modernen Staates an,

Verantwortung für den bevölkerungsbezogenen vorsorgenden Gesundheitsschutz zu übernehmen. Franks Einfluss auf die medizinische Lehre wie auf die Umsetzung der präventiven Medizin als Teil einer *good governance* für das gesamte Europa war überragend. Das Konzept der Verantwortung des Staates für die Gesundheit seiner Bürger ist seitdem fest verankert.

In Deutschland ist die Public-Health-Tradition aber auch eng mit dem Namen Rudolf Virchow (1821-1902) verbunden, der u.a. den Satz prägte: „Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik ist nichts weiter als Medizin im Großen.“ Virchow war politisch aktiv und setzte sich für gesunde Lebensbedingungen, Hygiene und Krankheitsvorbeugung ein sowie für eine medizinische Grundversorgung der Bevölkerung. Darüber hinaus rechnete er aber auch Bildung, Wohlstand, Freiheit bzw. Demokratie zu den Voraussetzungen, von denen die Gesundheit der Bevölkerung abhängt – und stellte entsprechende politische Forderungen (Virchow 1849).

Mit der Frühindustrialisierung kam es zu einer dramatischen Veränderung der Lebensverhältnisse und einer zunehmenden Verelendung breiter Bevölkerungsschichten. Die Zusammenhänge zwischen den sanitären Grundbedingungen, der katastrophalen hygienischen Situation und der hohen Sterblichkeit waren offensichtlich. Im Jahr 1832 wurde Edwin Chadwick (1800-1890) in die britische „Poor Law Commission“ berufen, deren Aufgabe darin bestand die Lebensbedingungen der armen Bevölkerungsschichten zu untersuchen, um zielgruppenspezifische Lösungsvorschläge und Strategien zu erarbeiten. Chadwick sah in einer Verbesserung der sanitären Infrastrukturen nicht nur eine wesentliche Präventionsmaßnahme im Hinblick auf die Gesundheit der Bevölkerung, sondern zusätzlich einen entscheidenden volkswirtschaftlichen Nutzen, um der vorzeitigen Erkrankung und dem vorzeitigen Versterben der arbeitenden Klasse vorzubeugen. Im Jahr 1848 wurde der sogenannte „Public Health Act“ erlassen, der Abwasserentsorgung, Wasserversorgung, Prävention und Kontrolle von Krankheiten, Registrierung sowie die Inspektion von privaten Pflegeheimen und Krankenhäusern regelte und nicht zuletzt auf die Verbesserung der Gesundheit von Müttern und Kindern zielte (Exner 2008).

Die zentralen Gesundheitsdeterminanten haben sich, ebenso wie die individuellen Lebensweisen, im Verlaufe des vergangenen Jahrhunderts vor allem in den industrialisierten Ländern qualitativ verändert (Hornberg et al. 2008). Vergleicht man den Zugewinn an Lebensjahren in den wohlhabenden Ländern über die letzten 200 Jahre, so kann von einem beträchtlichen gesundheitlichen Fortschritt gesprochen werden. Natürlich wird dieser Zugewinn, je nach eigener Professionszugehörigkeit und Interessenlage, unterschiedlichen Ursachen zugeschrieben. Sozioökonomische und technologische Entwicklungen, Fortschritte in der kurativen Medizin und in der Hygiene, verbesserte Wohn-, Arbeits- und

Ernährungsbedingungen sowie die Verfügbarkeit einer Gesundheitsversorgung haben wesentlich zu dem Anstieg der Lebenserwartung und der Lebensqualität beigetragen. Es ist jedoch unbestritten, dass ebenso enge Zusammenhänge zur Bildung und Ausbildung breiter Bevölkerungsschichten sowie zur sozialen Sicherheit und dem sozialen Zusammenhalt innerhalb der Gesellschaften bestehen. Der Reichtum einer Gesellschaft spielt insofern eine Rolle, als hierdurch mehr Ressourcen zur Umverteilung und Sicherung gesundheitsrelevanter Rahmenbedingungen zur Verfügung stehen. Von besonderer Bedeutung ist und bleibt jedoch immer die gesellschaftspolitische Auseinandersetzung um die Verteilung von Ressourcen.

Veränderungen in der allgemeinen Krankheitslast („Burden of Disease“), vor allem durch die Zunahme von multifaktoriell bedingten chronischen Erkrankungen (z.B. Allergien, Atemwegserkrankungen, ernährungsbedingte Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) sind einerseits durch individuelle, lebensstilassoziierte Risikofaktoren (z.B. Bewegungsarmut, Rauchen) zu erklären, lassen andererseits aber einen deutlichen Umweltbezug erkennen (Malsch et al. 2006, Prüss-Üstün & Corvalán 2006). Hier zeigt sich, dass die bestimmenden Faktoren von Gesundheit und Krankheit überwiegend außerhalb des Gesundheitssektors liegen, wo sich ökologische, soziale, medizinische, ökonomische und technische Fragestellungen miteinander verbinden (Trojan & Legewie 2001).

Während in den Entwicklungs- und Schwellenländern übertragbare sowie mit Armut, mangelnder Wasserversorgung, Abwasserentsorgung und mangelnder Hygiene assoziierte Erkrankungen als häufigste Todesursache gelten, dominieren in den Industrienationen „moderne Gesundheitsrisiken“ das Krankheitspektrum. Sie haben ihren Ursprung in veränderten Lebensweisen, technologisierten Lebensumwelten und globalen Umweltprozessen (z.B. Klimawandel), die sich über die lokale und nationale Ebene hinaus zu einem wachsenden Bedrohungspotenzial für Mensch und Umwelt entwickeln können (Hornberg et al. 2008). Das Auftreten der sog. „(re-)emerging infectious diseases“ und „emerging pathogens“ geht u.a. zurück auf soziodemographische und sozioökonomische Veränderungen, grenzüberschreitende Mobilität und Migration (Reintjes & Thelen 2006), wachsende globale Urbanisierung, Einsatz neuer technischer Systeme, veränderte Lebens- und Konsumstile, Fortschritte in der medizinischen Versorgung sowie klimatische Veränderungen, die z.B. Einfluss auf die geographische Ausbreitung von Erregern nehmen (Nussbaum & Scheid 2007). Diese veränderten Rahmenbedingungen erfordern eine Neubewertung der Public-Health-Perspektive. Angesichts dieser Herausforderungen gilt es, bekannte und neue Risiken wissenschaftlich zu erfassen, zu analysieren und entsprechende Hand-

lungsstrategien zu entwickeln, die auch von Seiten der Politik die erforderliche Unterstützung erhalten (Exner 2008).

Die Erweiterung der für Public Health relevanten Themengebiete erfordert auch innerhalb des Faches eine interdisziplinäre Bearbeitung. Besonders wichtig erweist sich hierbei die Integration naturwissenschaftlich-biomedizinischer und sozialwissenschaftlicher Fachdisziplinen (wie z.B. Biologie, Medizin, Ökonomie, Pädagogik, Politik, Psychologie und Soziologie). Diese Perspektive erweitert die einseitige biomedizinische Fokussierung auf pathogenetische Zusammenhänge um zentrale Dimensionen der sozialen, ökonomischen und kulturellen Umwelt (Schmidt-Denter 2002) in unterschiedlichen „Lebensbereichen“ (Fehr et al. 2005), in denen vielfältige gesundheitsrelevante Einflussfaktoren miteinander korrespondieren.

Die Bearbeitung des breiten thematischen Spektrums des Faches Public Health setzt einen transdisziplinären Austausch sowie eine integrative, Ressort und Institutionen übergreifende Verbindung, z.B. von umwelt-, gesundheits- und sozialpolitischen Aspekten, voraus und ist nicht allein durch das isolierte Vorgehen von Einzeldisziplinen zu leisten.

Das Fach Public Health folgt dabei – im Unterschied zur primär kurativen Ausrichtung des medizinischen Versorgungssystems – vorwiegend einer präventiven und gesundheitsfördernden Ausrichtung. Die Verhinderung und Reduzierung von Krankheitsrisiken, die aus den unmittelbaren Lebensverhältnissen resultieren, stellt seit jeher einen Schwerpunkt der inhaltlichen Arbeit dar. Auf Basis der Erfolge der klinischen Medizin sind auch für die Zukunft weitere Fortschritte und Innovationen im Bereich der biomedizinischen Wissenschaften zu erwarten. Darüber sollte aber nicht in Vergessenheit geraten, dass insbesondere auch das Fach Public Health im nationalen sowie im internationalen Kontext einen bedeutenden Beitrag leistet, um den drängenden Gesundheitsproblemen und perspektivisch zu erwartenden Veränderungen im Gesundheits- und Krankheitsspektrum wirksam begegnen zu können. Besondere Herausforderungen stellt die weltweit zu beobachtende wechselseitige Verflechtung von Gesundheit, Gesundheitssektor sowie Gesellschafts- und Wirtschaftsstrukturen dar, die sich in zentralen gesundheitsrelevanten Entwicklungen widerspiegelt:

Einer salutogenetischen, an Ressourcen und Potentialen orientierten Perspektive folgend, ist reaktives Handeln allein den aktuellen Herausforderungen nicht gewachsen. Ein zentrales gesundheitspolitisches Ziel für Public-Health-relevante Fragestellungen muss vielmehr in einer Belastungs- und Schadensminimierung durch gezielte Prävention sowie in einer Ressourcen stärkenden Gesundheitsförderung bestehen. Trotz unterschiedlicher Blickrichtungen und Strategien können sich Prävention und Gesundheitsförderung hier wirkungsvoll ergänzen (Altgeld & Kolip 2004), indem Ansätze der Verhaltensprävention um

Ressourcen fördernde, verhältnisorientierte Setting-Ansätze, die in der unmittelbaren Lebenswelt und damit im Alltag verankert sind, erweitert werden (Altgeld 2006). Dies umfasst die Aufgabe, die Verletzlichkeit (Vulnerabilität) unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen durch potentielle gesundheitliche Beeinträchtigungen (z.B. Umweltnoxen) zu senken und entsprechende Bewältigungskapazitäten (Resilienz), z.B. im Rahmen der Selbsthilfe, zu erhöhen. Ein wichtiges Kriterium ist dabei die Berücksichtigung der bestehenden Alters- und Geschlechterdifferenzen in der Vulnerabilität.

Die Idee zu diesem Buch mit dem Untertitel „20 Jahre Public Health in Deutschland“ ist entstanden während des Abschiedskolloquiums für Bernhard Badura anlässlich seiner Emeritierung im Jahr 2008. Prof. Dr. Bernhard Badura nahm 1991 den Ruf auf den ersten Lehrstuhl für Gesundheitswissenschaften in Deutschland nach dem 2. Weltkrieg an. Damals noch im „Zentrum für Gesundheitswissenschaften“ an der Fakultät für Soziologie angesiedelt, war dieser Lehrstuhl sowie der bereits seit 1989 aufgenommene Studiengang „Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung“ der Nucleus der 1994 gegründeten Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Damit war ein wichtiger Schritt zur universitär-akademischen Wiedergeburt von Public Health getan. Diese Wiederentdeckung und Neubelebung in Deutschland ist seither geprägt von einem sukzessiven Auf- und Ausbau und vom neuen Selbstverständnis einer aufstrebenden Wissenschaftsdisziplin.

Aus dieser Vorgabe leitet sich die Konzeption dieses Buches ab. Es will kein Lehrbuch sein, sondern soll in einem Rückblick Erreichtes bilanzieren, Themenschwerpunkte setzen, zur Auseinandersetzung mit gegenwärtigen Herausforderungen anregen und einen Ausblick auf zukünftige Aufgaben in Forschung, Politik und Praxis der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung geben. Zwei Vorbemerkungen sind zu machen: Zum Ersten nehmen viele Beiträge dieses Bandes eine primär sozialwissenschaftliche Perspektive ein und betonen das engagierte Zusammenwirken Vieler zur Erreichung des übergeordneten Ziels der Sicherung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit unserer Gesellschaft. Man wird also naturwissenschaftlich-deterministische Modelle einer Technik der Gesundheit der Bevölkerung eher vermissen. Zum Zweiten sind fast alle Beiträge geprägt von einem Praxisbezug, der Public-Health-Handeln ermöglichen soll. Die Gesundheitswissenschaften sind eine Multidisziplin, die im sinnvollen Zusammenwirken ihrer Einzelwissenschaften ein Mehr an Gesundheit schaffen. Es entspricht der Programmatik von Public Health, dass der Anwendungsbezug im Vordergrund stehen soll. Es besteht weiter die Forderung, dass dies nicht ohne theoretische und basiswissenschaftliche Grundlagen geschehen kann, die Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Grundlagen, somit die Grundlagenforschung primär jedoch in den jeweiligen „Mutterdisziplinen“ erfolgt.



In einem ersten Oberkapitel werden mögliche, theoriegeleitete Grundlagen einer gesunden Gesellschaft vorgestellt und diskutiert. Es sind hier in erster Linie sozial- und politikwissenschaftlich fundierte Argumentationen, die Grundlagen gesundheitswissenschaftlicher Perspektiven liefern. Der zweite Themenblock richtet sich wider das Vergessen und erinnert an die Rahmenbedingungen zu Zeiten der Wiederaufnahme der Idee von Public Health in Deutschland. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit werden in einem dritten Oberkapitel zentrale Themenfelder der Gesundheitswissenschaften in Deutschland vorgestellt, um dann im vierten Kapitel wichtige systemische, strukturelle und institutionelle Rahmenbedingungen einer Gesellschaft zur Diskussion zu stellen, die maßgeblich der Gesundheit der Bevölkerung dienen. Das fünfte und letzte Oberkapitel „Lebenswelten und Gesundheit“ öffnet den Blick auf Lebens- und Gesundheitsbedingungen unterschiedlicher, zumeist besonders vulnerabler Bevölkerungsgruppen, um zielgruppenspezifische präventive und gesundheitsförderliche Programme anbieten zu können. Damit hat es den stärksten Anwendungsbezug.

Wir sind der festen Überzeugung, dass die Gesundheit der Bevölkerung ein zentraler Indikator für die Leistungsfähigkeit einer Gesellschaft ist, für ihren innergesellschaftlichen Zusammenhalt (Kohäsion, Sozialkapital, Solidarität) und ihre Fairness (Freiheit und Gerechtigkeit). Kurzum, die Sorge um die Gesundheit der Bevölkerung ist eng verknüpft mit der Frage: „In welcher Gesellschaft möchten wir heute und in Zukunft eigentlich leben?“

## Literatur

- Altgeld, T. (2006): Der Settingansatz als solcher wird es schon richten? In: Kolip, P. & Altgeld, T. (Hrsg.): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Weinheim, München: Juventa Verlag: 75-88.
- Altgeld, A. & Kolip, P. (2004): Grundlagen und Konzepte von Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber Verlag: 41-51.
- Corbin, A. (1992): Pesthauch und Blütenduft. Eine Geschichte des Geruchs. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Exner, M. (2008): Hygiene und Öffentliche Gesundheit in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Online unter: [http://www.hygiene-und-oeffentliche-gesundheit.de/publikationen/Hygiene\\_oeffentlGesundheit.pdf](http://www.hygiene-und-oeffentliche-gesundheit.de/publikationen/Hygiene_oeffentlGesundheit.pdf) (Letzter Abruf: 03.01.2010).
- Fehr, R., Neuss, H., Heudorf, U. (Hrsg.) (2005): Gesundheit und Umwelt. Ökologische Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber Verlag.
- Hornberg, C., Pauli, A., Tauchen, A. (2008): Environmental Health Determinants. In: Kirch, W. (Hrsg.): Encyclopedia of Public Health. Heidelberg: Springer Verlag. (*In press*).

- Malsch, A.K.F., Pinheiro, P., Krämer, A., Hornberg, C. (2006): Zur Bestimmung von „Environmental/ Burden of Disease“ (BoD/EBD) in Deutschland. Expertise für das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (lögD) NRW. Abschlussbericht Materialien „Umwelt und Gesundheit“ 65. Bielefeld: lögD.
- Nussbaum, M. & Scheid, P.L. (2007): Überträgerassozierte Infektionskrankheiten im Fokus des globalen Klimawandels - Die Malaria. In: Flug und Reisemedizin 14:140-146.
- Prüss-Üstün, A. & Corvalán, C. (2006): Preventing disease through healthy environments. Towards an estimate of the environmental burden of disease. Genf: World Health Organisation.
- Reintjes, R. & Thelen, M. (2006): Surveillance von Infektionskrankheiten – eine internationale Aufgabe. In: Razum, O., Zeeb, H., Laaser, U. (Hrsg.): Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit. Einführung in International Public Health. Bern: Hans Huber Verlag: 189-200.
- Schmidt-Denter, U. (2002): Soziale Umwelt. In: Dott, W., Merk, H.F., Neuser, J., Osieka, R. (Hrsg.): Lehrbuch der Umweltmedizin. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: 127-135.
- Trojan, A. & Legewie, H. (2001): Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung – Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. Frankfurt am Main: VAS-Verlag.
- Virchow, R. (1849): Mitteilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie. In: Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin 2: 143-322.

# **I. Grundlagen einer gesunden Gesellschaft**

# Kooperation und Gesundheit – Zur Rolle der Soziologie in den Gesundheitswissenschaften

*Bernhard Badura*

## 1 Einleitung

Vielleicht die wichtigste Aufgabe der Soziologie im Kontext der Gesundheitswissenschaften ist es, Zusammenhänge zwischen Gesellschaft und Gesundheit zu erforschen und sich daraus ergebende praktische Problemstellungen sowie mögliche Lösungen aufzuzeigen. Nach Jahrzehnten intensiver sozialwissenschaftlicher Public-Health-Forschung muss festgestellt werden: Gesellschaft und Gesundheit hängen enger zusammen als wir bisher angenommen haben. Dass zum Beleg dieser These auch neue Erkenntnisse aus der Biologie und der Neuroforschung beitragen, unterstreicht zugleich die notwendige Interdisziplinarität der Wissensproduktion: Die Gesundheitswissenschaften wachsen zu einer „Menschenwissenschaft“ (Norbert Elias) zusammen. Soziologen, Psychologen und Biologen haben über ein Jahrhundert lang die Eigenständigkeit und Unterschiedlichkeit ihrer Forschungsgegenstände betont. Sie stehen jetzt vor einer neuen Phase der Zusammenarbeit zum Verständnis der Wechselwirkungen zwischen sozialen, psychischen und biologischen Prozessen und ihrer Auswirkungen auf die Lebenserwartung und Lebensqualität.

Weltweit besteht gegenwärtig eine große Varianz in der Lebenserwartung (siehe Tabelle 1), warum? Auf der einen Seite legen biologische Erkenntnisse nahe, dass die Kulturentwicklung materiell vorgeprägt ist. Kropotkins Behauptung von der „gegenseitigen Hilfe“ als evolutionärem Vorteil des Menschen erlebt eine Renaissance, z.B. mit der These vom „starken Einfluss von Gruppen Selektion auf die genetische und kulturelle Evolution des Menschen“. Gemeinsames Handeln „half unseren Vorfahren, sich zu verbreiten und andere Menschenarten zu verdrängen“ (Wilson & Wilson 2009: 41). Auf der anderen Seite sprechen neue sozial- und gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse für die Revision eines heute auch unter Gesundheitswissenschaftlern stark verbreiteten individualisierten Gesundheitsverständnisses. Dass Menschen in Japan, Italien und Schweden oder der Schweiz im Durchschnitt über 80 Jahre alt werden, in Ländern wie Swasiland, Angola oder Sambia dagegen nur rund halb so lange

leben, lässt sich allerdings weder mit ihren Genen noch mit ihrem Gesundheitsverhalten erklären, sondern zuallererst mit den gesellschaftlichen Verhältnissen.

*Tabelle 1:* Länder mit höchster Lebenserwartung (LE) links und Länder mit der niedrigsten Lebenserwartung rechts für die Geburtsjahrgänge Jahr 2005-2010 unterschieden nach Männern (LE m) und Frauen (LE w) (Quelle: United Nations 2009)

| Rang | Land                 | LE m | LE w | Rang | Land                 | LE m | LE w |
|------|----------------------|------|------|------|----------------------|------|------|
| 1.   | Japan                | 79   | 86   | 175. | Eritrea              | 57   | 62   |
| 2.   | Hong Kong (China)    | 79   | 85   | 176. | Liberia              | 57   | 59   |
| 3.   | Island               | 80   | 83   | 177. | Sudan                | 56   | 60   |
| 4.   | Schweiz              | 79   | 84   | 178. | Guinea               | 56   | 60   |
| 5.   | Australien           | 79   | 84   | 179. | Elfenbeinküste       | 56   | 59   |
| 6.   | Frankreich           | 78   | 85   | 180. | Mauretanien          | 55   | 59   |
| 7.   | Italien              | 78   | 84   | 181. | Ghana                | 56   | 57   |
| 8.   | Gibraltar            | 79   | 83   | 182. | Nauru                | 55   | 57   |
| 9.   | Schweden             | 79   | 83   | 183. | Gambia               | 54   | 57   |
| 10.  | Spanien              | 78   | 84   | 184. | Senegal              | 54   | 57   |
| 11.  | San Marino           | 77   | 84   | 185. | Tansania             | 55   | 56   |
| 12.  | Macao (China)        | 79   | 83   | 186. | Djibouti             | 54   | 57   |
| 13.  | Israel               | 79   | 83   | 187. | Äthiopien            | 54   | 56   |
| 14.  | Kanada               | 78   | 83   | 188. | Botswana             | 55   | 55   |
| 15.  | Norwegen             | 78   | 83   | 189. | Kenia                | 54   | 55   |
| 16.  | Singapur             | 78   | 83   | 190. | Kongo                | 53   | 55   |
| 17.  | Neuseeland           | 78   | 82   | 191. | Burkina Faso         | 52   | 54   |
| 18.  | Niederlande          | 78   | 82   | 192. | Malawi               | 52   | 54   |
| 19.  | Irland               | 78   | 82   | 193. | Uganda               | 52   | 53   |
| 20.  | Österreich           | 77   | 83   | 194. | Südafrika            | 50   | 53   |
| 21.  | Deutschland          | 77   | 82   | 195. | Niger                | 50   | 52   |
| 22.  | Zypern               | 77   | 82   | 196. | Kamerun              | 50   | 52   |
| 23.  | Belgien              | 77   | 83   | 197. | Burundi              | 49   | 52   |
| 24.  | Malta                | 78   | 81   | 198. | Äquatorial Guinea    | 49   | 51   |
| 25.  | Finnland             | 76   | 83   | 199. | Ruanda               | 48   | 52   |
| 26.  | Luxemburg            | 77   | 82   | 200. | Somalia              | 48   | 51   |
| 27.  | Martinique           | 77   | 82   | 201. | Chad                 | 47   | 50   |
| 28.  | Großbritannien       | 77   | 82   | 202. | Mali                 | 48   | 49   |
| 29.  | Republik Korea       | 76   | 83   | 203. | Nigeria              | 47   | 48   |
| 30.  | Griechenland         | 77   | 81   | 204. | Mozambique           | 47   | 49   |
| 31.  | USA                  | 77   | 81   | 205. | Guinea-Bissau        | 46   | 49   |
| 32.  | Guadeloupe           | 76   | 82   | 206. | Demo. Rep. Kongo     | 46   | 49   |
| 33.  | Kanalinseln          | 77   | 81   | 207. | Sierra Leone         | 46   | 49   |
| 34.  | Virgin Islands (USA) | 76   | 82   | 208. | Zentr. Afr. Republik | 45   | 48   |
| 35.  | Costa Rica           | 76   | 81   | 209. | Angola               | 45   | 49   |
| 36.  | Kuba                 | 77   | 81   | 210. | Swasiland            | 46   | 45   |
| 37.  | Puerto Rico          | 75   | 83   | 211. | Lesotho              | 44   | 46   |
| 38.  | Portugal             | 75   | 82   | 212. | Sambia               | 45   | 46   |
| 39.  | Chile                | 76   | 82   | 213. | Simbabwe             | 43   | 44   |
| 40.  | Dänemark             | 76   | 81   | 214. | Afghanistan          | 44   | 44   |

Neben den Erkenntnissen der Evolutionsbiologie sind es vor allem die Ergebnisse der Neuroforschung, die die These vom Menschen als einem einerseits von Kooperation abhängigen, andererseits aber auch zur Kooperation besonders befähigten Wesen Nahrung geben. Insbesondere die Untersuchung des menschlichen Belohnungssystems und die Entdeckung der Spiegelneuronen belegen den Einfluss sozialer auf psychische und biologische Vorgänge und umgekehrt. Sie liefern zusätzliche Argumente für eine naturwissenschaftliche Untermauerung der Sozialkapitaltheorie und die These vom Menschen als Kooperationsvirtuosen (siehe Kasten).

### **Biologische Grundlagen des Kooperationsvirtuosen Mensch**

Kropotkin (1914): „Gegenseitige Hilfe“ ist „ein wichtiges progressives Element der Evolution“ (S. 7).

Wilson & Wilson (2009): Gemeinsames Handeln/Kooperation „half unseren Vorfahren sich zu verbreiten“ (S. 41).

Insel & Fernald (2004): Das menschliche Gehirn strebt nach gelingender Kooperation und sozialer Resonanz und dem dadurch erzeugten Wohlbefinden.

Rizzolatti & Sinigaglia (2008): „Spiegelneuronen“ befähigen Menschen zu Empathie und Kooperation.

De Waal (2006): „Die Evolution hat den Menschen das Bedürfnis eingepflanzt dazuzugehören und sich akzeptiert zu fühlen“ (S. 301).

Kooperation unter Menschen ist offenbar biologisch angelegt, bedarf aber einer ergänzenden Ausgestaltung zur Entstehung gemeinsamer Gedanken, Gefühle und Ziele sowie akzeptierter Spielregeln des Miteinanders. Dieses „Mehr“ gegenüber der biologischen Ausstattung wird gemeinhin als Kultur bezeichnet. Das Sprachvermögen z.B. gilt als angeboren, die Entwicklung spezifischer Regeln der Semantik und Grammatik als Kulturprodukt. Für Soziologen wird Gesellschaft, verstanden als relativ friedfertige Form menschlichen Zusammenlebens, ermöglicht durch gemeinsame Überzeugungen, Werte und Regeln: als moralische und geistige Ordnung. Zum Verständnis moderner Gesellschaft haben sich in den Sozialwissenschaften noch zwei weitere Konzepte durchgesetzt: das auf Thomas Hobbes („Leviathan“ 1970) zurückgehende Modell des staatlichen Ge-

waltmonopols und das auf Adam Smith („Wohlstand der Nationen“ 2003) zurückgehende Modell des Marktes.

Im Hobbes'schen Modell von Gesellschaft wird Kooperation im Zweifelsfalle durch Hierarchie und Gesetz erzwungen (Staat). Im Smith'schen Modell von Gesellschaft wird Kooperation durch materielle, vornehmlich finanzielle Anreize angeregt (Markt). Im gemeinschaftlichen Modell von Gesellschaft beruht Kooperation auf freiwilliger Zusammenarbeit, gesteuert durch „intrinsische Motivation“, d.h. durch emotionale Bindungen, durch gemeinsame Überzeugungen, Ideen und Ziele sowie durch vereinbarte Regeln (selbstorganisierte soziale Netzwerke). Egalitäres Verhalten, Teilung der vorhandenen Ressourcen und intensive Kooperation gelten als für Jäger und Sammler-Gesellschaften charakteristische Lebensformen, für die die Spezies Mensch offenbar auch biologisch bestens ausgestattet ist.

Zur Analyse und Steuerung hochentwickelter Gesellschaften sind alle drei Modelle erforderlich: Auch staatliche Bürokratien, Märkte und Unternehmensprozesse – so die im Folgenden vertretende These – sind für ihre Funktionsfähigkeit und für die Gesundheit ihrer Mitglieder auf gemeinschaftliche Formen der Zusammenarbeit angewiesen. Im Folgenden werden Grundlagen gemeinschaftlicher Kooperation als ursprünglichste Form der Vergesellschaftung vorgestellt und es werden Möglichkeiten zu ihrer Analyse und Bewertung aufgezeigt.

## 2 Soziale Netzwerke

Das Leben in Gruppen, z.B. in Familien- und Verwandtschaftsverbänden, ist ein wesentliches Charakteristikum des Menschen. Menschen werden als soziale Wesen bezeichnet, weil sie Einsamkeit vermeiden und soziale Kontakte suchen sowie stabile Beziehungen mit anderen Mitgliedern ihrer Spezies eingehen. Der Begriff „soziales Netzwerk“ ist zunächst einmal eine Metapher für diese den Menschen eigentümliche Form der Soziabilität. Im engeren Sinne verstanden werden unter einem sozialen Netzwerk Beziehungen zwischen ganzen Organisationen, Gruppen oder einzelnen Individuen. Unterscheiden lassen sich mit Blick auf Einzelpersonen persönliche Beziehungen, z.B. Freundschaften, Verwandtschafts- oder Partnerbeziehungen, operative Beziehungen zu Arbeits- und Teamkollegen sowie strategische Beziehungen zu für die eigenen Ziele, Absichten, Pläne, Projekte relevanten Personen im weiteren Umfeld. Individuen bilden die „Knoten“ in einem graphisch darstellbaren „Netz“ zwischenmenschlicher Kontakte, das durch mehr oder weniger regelmäßige Kommunikation, Kooperation oder durch emotionale Bindung der Netzwerkmitglieder untereinander lebendig erhalten wird. „Starke“, verwandtschaftliche Beziehungen eignen sich besonders

zur Gefühlsregulierung, „schwache“, brückenbildende Beziehungen zu Bekannten oder Arbeitskollegen zur Problemlösung.

Die gesundheitlichen Auswirkungen zwischenmenschlicher Beziehungen waren jahrzehntelang der Hauptgegenstand sozialepidemiologischer Forschung. Im Vordergrund standen ihre psychischen und biologischen Auswirkungen sowie ihre Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten. Geforscht wurde aus der Perspektive der „Empfänger“. Die psychischen, biologischen oder verhaltensbezogenen Wirkungen erbrachter „sozialer Unterstützung“ auf die „Sender“ blieben weitgehend unbeachtet. Unbeachtet blieben auch die möglichen kollektiven Folgen der Zusammenarbeit zwischen einzelnen Netzwerkangehörigen (Badura 1981). Selbst bei Arbeiten zur sozialen Unterstützung in der Arbeitswelt ging es allermeist nur um die gesundheitlichen Effekte auf befragte Individuen, nicht aber um die Effekte sozialer Netzwerkbildung z.B. auf Arbeitsprozesse und Arbeitsergebnisse eines Kollektivs.

Ein auf Individuen und nicht auf soziale Kollektive gerichtetes Erkenntnisinteresse ist für große Teile der populationsbezogenen Forschung kennzeichnend. Wer sich allerdings der Erforschung gesellschaftlicher Einflüsse auf Gesundheit widmet, sollte berücksichtigen, dass nicht einzelne Individuen elementare Bausteine von Gesellschaft sind, sondern soziale Netzwerke und Kultur, und dass zwischenmenschliche Kooperation und ihre individuellen Konsequenzen auch Rückwirkungen auf ein Kollektiv haben, dem einzelne angehören, z.B. auf eine Familie oder auf eine Organisation. Das psychische Befinden ist nicht nur Ergebnis von Kooperation, sondern beeinflusst seinerseits die Qualität privater oder beruflicher Beziehungen.

### 3 Kultur

Entstehung und Pflege sozialer Netzwerke durch ihre Mitglieder geschieht in erster Linie durch verbale und nonverbale Kommunikation. Menschen sind Kooperationsvirtuosen. Die Entwicklung einer elaborierten Sprache und die präzise verbale Verständigung z.B. bei der Jagd oder im Kampf bildeten das wahrscheinlich wichtigste, die Überlegenheit des Menschen gegenüber anderen Arten sichernde Merkmal und zugleich die Voraussetzung für seine beispiellose Kulturentwicklung. Gemeinsame Regeln der Verständigung sind eine notwendige, aber keine zureichende Voraussetzung friedlichen Zusammenlebens. Erst durch die Entwicklung lehr- und lernbarer moralischer, z.B. religiöser, Überzeugungen, Werte und Verhaltensregeln – so die in der Soziologie und der Kulturanthropologie geltende Auffassung – und durch Konsens über die Verteilung von Ressourcen, Rechten und Pflichten gelingt eine stabile Gemeinschaftsbildung.



Gemeinsame Gedanken, Gefühle und Ziele befähigen Menschen zur gegenseitigen Verständigung und auch zur kollektiven Alltagsbewältigung. Sie ermöglichen es zu kooperieren, und sie werden im Vollzug erfolgreicher Kooperation in ihrem Bestand gestärkt. Kultur wirkt sinn- und beziehungsstiftend, beeinflusst emotionale Bindung nicht nur an Personen, sondern auch an Aufgaben, an Werte und das Kollektiv. Sie erfüllt m.a.W. grundlegende psychische und zwischenmenschliche Funktionen z.B. zur Unterscheidung von wichtig und unwichtig, gut oder böse, richtig oder falsch. Moralisches Bewusstsein, Gemeinsinn und Solidarität sind biologisch vorgeprägte menschliche Eigenschaften, die durch die jeweilige Kulturentwicklung bestärkt oder abgeschwächt werden können. Die gesundheitlichen Konsequenzen von Kultur sind vergleichsweise wenig erforscht. Pionierarbeiten dazu liegen in der Religionssoziologie vor, insbesondere bei Émile Durkheim in seinen Studien über den „Selbstmord“ (1897) und die „Elementaren Formen des religiösen Lebens“ (1912).

Die Sozialkapitalforschung hat diese Ideen aufgegriffen und neue Impulse gegeben sowohl zur Erforschung des kollektiven Nutzens von Kooperation wie auch zur Erforschung der gesundheitlichen Auswirkungen menschlicher Kultur. Der Begriff Sozialkapital dient der Identifizierung von Qualitätsmerkmalen sozialer Systeme, die erlauben, ihre Leistungsfähigkeit ebenso wie die Gesundheit ihrer Mitglieder vorherzusagen. Im engeren Sinne wird darunter das soziale Vermögen eines Kollektivs – einer Familie, Gruppe, Organisation, Gemeinde – verstanden, d.h. Umfang und Qualität der internen Vernetzung und der Vorrat gemeinsamer Überzeugungen, Werte und Regeln (Badura et al. 2008, Badura et al. 2010a).

#### **4 Verteilungsgerechtigkeit**

Die Verteilung materieller („Beute“) wie immaterieller („Ehre“) Güter ist ein wesentliches Problem jeder Form geregelten menschlichen Zusammenlebens, dessen Lösung Auswirkungen hat auf die kollektive Leistungsfähigkeit einer Gemeinschaft, auf ihr Überleben, aber auch auf die Gesundheit und Loyalität ihrer Mitglieder. Die Gesundheitswissenschaften haben wesentlich zur Erforschung der gesundheitlichen Folgen der Einkommensverteilung beigetragen, unter der Überschrift „Soziale Ungleichheit“. Mittlerweile unbestritten ist der Einfluss starker Einkommensspreizungen auf das psychische Befinden und die Lebensdauer. Ab einer bestimmten Höhe des individuellen Einkommens tragen weitere Einkommenszuwächse nicht mehr bei zur Steigerung des Wohlbefindens (z.B. Wilkinson 2005, Layard 2005). Das Konzept der sozialen Ungleichheit ist deshalb meines Erachtens als politischer Kampfbegriff tauglicher denn als wis-

senschaftliches Konzept. Es werden dabei Dinge in einen Topf geworfen, die zumindest analytisch streng voneinander getrennt werden sollten: Unterschiede in der Verteilung von sozialer Integration, von Geld, Ansehen, Bildung und Macht. In unserer Sozialkapitalstudie z.B. besteht ein sehr enger Zusammenhang zwischen dem Netzwerkkapital und depressiver Verstimmung: Je höher das Netzwerkkapital, umso geringer das Risiko, an einer depressiven Verstimmung zu leiden. Bei Bildung und Einkommen ist das Umgekehrte der Fall: Je geringer die Bildung, umso geringer das Risiko einer depressiven Verstimmung. Personen mit Abitur haben ein um 74% erhöhtes Risiko, an depressiven Verstimmungen zu leiden, Personen mit Real- oder Berufsschulabschluss ein 1,28-faches Risiko im Vergleich zu Personen, die über einen Hauptschulabschluss verfügen. Personen mit einem Nettoeinkommen unter 1000 EUR haben ein geringeres Risiko im Vergleich zu Besserverdienenden (Gröppel 2009) (zur genaueren Darstellung der Studie siehe unten).

## 5 Prozedurale Gerechtigkeit

Verteilungsgerechtigkeit ist ein Ergebnis prozeduraler Gerechtigkeit. Prozedurale Gerechtigkeit bezieht sich auf Verfahren der Konfliktregulierung in einer Gesellschaft – auch aber keinesfalls nur darauf, wie Verteilungsprobleme gelöst werden. Das Rechts- und Justizsystem, aber auch die parlamentarische Demokratie gelten als für hochentwickelte Gesellschaften unverzichtbare Garanten prozeduraler Gerechtigkeit. Konfliktregulierung geschieht nicht nur in komplexen Institutionen wie den genannten auf hochformalisierte Weise. Sie passiert täglich informell (=selbstreguliert) in sozialen Netzwerken z.B. beim gemeinsamen familiären Abendessen, unter Freunden oder Arbeitskollegen. Wie fair und gerecht Menschen ihre soziale Umwelt erleben, hat – wie wir heute wissen – einen nicht unerheblichen Einfluss auf ihre Gesundheit. Die vielleicht wichtigsten für die gemeinschaftliche Konfliktregulierung geltenden Regeln sind die der „Gegenseitigkeit“ (Reziprozität) und die „goldene Regel“: „Was du nicht willst, das man dir tu, das füg auch keinem anderen zu“. Prozedurale Gerechtigkeit ist ein zentrales Element der Kultur von Gruppen, Organisationen und Gesellschaften. Weder formalisierte noch informelle Formen der Konfliktregulation lassen sich völlig losgelöst von den jeweiligen Machtverhältnissen betrachten: der Art, wie Macht verteilt, reguliert und ausgeübt wird. Der Sozialkapitalansatz versucht, der Bedeutung dieser Problemstellung zumindest ansatzweise gerecht zu werden („Qualität der Führung“). In den vielzitierten Arbeiten von Marmot oder Wilkinson sucht man jedoch vergebens nach einer systematischen Auseinandersetzung

mit diesem Thema, was ihre Bedeutung nicht schmälert, aber weitere Grenzen der Forschung zum Thema soziale Ungleichheit verdeutlicht.

## **6 Sozialisation und Bildung**

Sozialisation und Bildung sind von grundlegender Bedeutung für die Entwicklung und Tradierung gemeinschaftlicher Formen der Kooperation und Konfliktregulierung. Die überragende Bedeutung, die heute der Vermittlung von Wissen und kognitiven Fähigkeiten eingeräumt wird, lässt dies allzu leicht in Vergessenheit geraten. Gemessen wird Bildung in der Regel mit der Anzahl der Jahre, die Menschen im Bildungssystem verbringen. Die Frage, was denn genau dort mit ihnen passiert, und eine fundierte Auseinandersetzung mit Bildungsinhalten wird im gesundheitswissenschaftlichen Diskurs vermieden zugunsten des immer wieder gesuchten und tatsächlich auch gefundenen Zusammenhangs zwischen Bildungsabschluss und Lebenserwartung (z.B. Marmot 2004). Setzt man Bildung gleich mit Wissensvermittlung, dann wird übersehen, dass das Bildungssystem – Kindergärten, Schulen, Hochschulen – eine wichtige Quelle von Sozialkapital darstellt. Moralisches Bewusstsein, Gemeinsinn und Solidarität lassen sich weder „top-down“ vom Staat anordnen noch am Markt erwerben. Sie entwickeln sich vielmehr als immaterielle Voraussetzungen von Staat und Wirtschaft „bottom-up“, von frühester Kindheit an per Vorbild und Sozialisation. Und sie bedürfen später im Bildungssystem und in der Arbeitswelt der ständigen Belebung und Bestätigung durch Personen, die als wichtig oder vorbildhaft erachtet werden.

## **7 Zwischenfazit**

Zwischenmenschliche Kooperation ist biologisch angelegt: insbesondere im Sprachvermögen, im Belohnungssystem und in den Spiegelneuronen. Zur koordinierten Mobilisierung dieser durch die Evolution vorgeprägten Handlungspotentiale etwa bei der Nahrungsmittelgewinnung, Konfliktregulierung oder zur Abwehr äußerer Gefahren sind Menschen auf Kulturprodukte angewiesen: auf eine gemeinsame Sprache, auf Empathie und auf Gemeinsamkeiten im Denken, Fühlen und Handeln. Kooperation kann um ihrer selbst willen gesucht werden oder als Mittel zur Erreichung bestimmter Ziele. Sie kann salutogene Folgen für die Beteiligten haben oder auch pathogene. Der soziale Zusammenhalt (Kohäsion) und Gemeinsamkeiten im Denken, Fühlen und Handeln (Kohärenz) sind entscheidend für die kollektive Funktionstüchtigkeit menschlicher Lebensgemeinschaften. Sie werden gewährleistet durch Egalität, emotionale Bindungen,

Solidarität sowie durch gemeinsame Denk- und Handlungsmuster. Über Jahrtausende hinweg stabilisiert wurden Verwandtschaftssysteme und Stämme durch Tradition, Sozialisation und gegenseitige Kontrolle sowie durch Übereinkunft über spezifische Verfahren der Konfliktregulierung und des internen Interessenausgleichs. Diese Strukturen „gemeinschaftlichen“ Zusammenlebens wurden im Verlauf der Entwicklung zur Agrar- und schließlich zur Industriegesellschaft durch weitere kulturelle Innovationen „modernisiert“ und ergänzt: zum einen durch die Entstehung staatlicher Zentralgewalt und eine formalisierte Regulation von Kooperation und Konflikten mit Hilfe von Recht und Gesetz bis hin schließlich (im Westen) zur parlamentarischen Demokratie und der Formulierung universeller Menschenrechte; zum anderen durch die Erfindung der Geldwirtschaft bis hin zur Entstehung globaler Märkte.

Staatliche Zentralgewalt und Steuerung wirtschaftlicher Aktivitäten durch Geld, Unternehmen und Märkte bewirkten eine Transformation ursprünglicher (gemeinschaftlicher) Lebensformen und die Entstehung einer Zivilgesellschaft, m.a.W. neuer und erweiterter Formen selbstregulierter (nichtstaatlicher und außerwirtschaftlicher) Kooperation. Und es entstanden innerhalb staatlicher und wirtschaftlicher Organisationen neue Formen informeller Kooperation und Koordination. Der Sozialkapitalansatz dient der Identifizierung und Beschreibung gemeinschaftlicher Strukturen der Kooperation. Und er dient der Entdeckung und Gestaltung von Zusammenhängen zwischen ihnen, der Leistungsfähigkeit komplexer Organisationen sowie der Gesundheit ihrer Mitglieder.

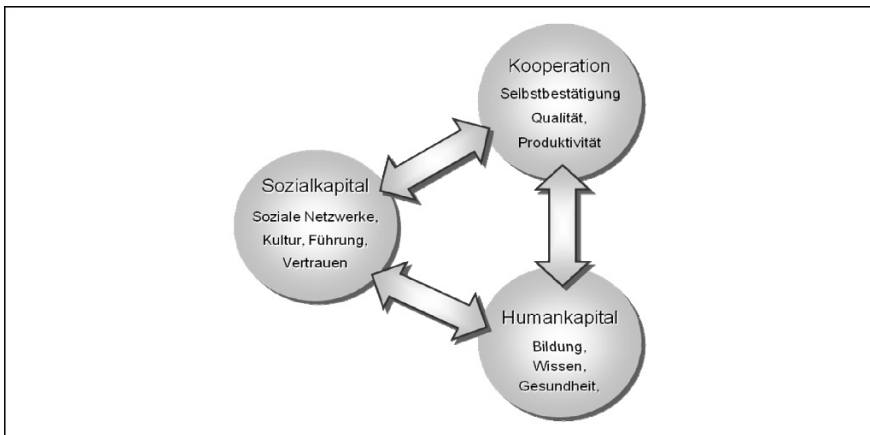
## **8 Messung des Sozialkapitals und seiner Auswirkungen**

Im Zentrum des Sozialkapitalansatzes steht das Konzept der Kooperation, verstanden als zweckorientierte Interaktion (z.B. Putnam et al. 1993, Fukuyama 1999). Menschen sind auf Kooperation angewiesen: zur Problemlösung, zur Gefühlsregulierung und zur Selbstbestätigung. Kooperation wird in der Arbeitswelt praktiziert wegen der damit verbundenen Chancen: z.B. zum Lernen, zum Gelderwerb und zur Sinnstiftung. Kooperation birgt aber auch Probleme: eingegangene Verpflichtungen können unterbleiben oder zu überfordernden Zwängen, Chancen zu unkalkulierbaren Risiken mutieren. Kooperation kann um ihrer selbst willen gesucht werden. Sie kann zur Bewältigung von Herausforderungen zwingend geboten sein. Sie kann als konfliktbeladen oder aber als unterstützend und befriedigend erlebt werden. Was auch immer sonst noch Organisationen auszeichnen mag, sie sind per definitionem kooperative Systeme, die ebenso wie technische Systeme laufend gepflegt werden müssen, wenn ihre Mitglieder dauerhaft hohe Leistung erbringen sollen.

Das Humanvermögen der einzelnen Mitglieder bildet die zentrale Voraussetzung für den Organisationserfolg. Zu seiner Mobilisierung ist neben Zielvorgaben, Technik und Anreizen auch soziales Vermögen erforderlich. Kooperatives und an gemeinsamen Zielen orientiertes Handeln erfordert soziale Vernetzung der Organisationsmitglieder und vertrauensvolle Zusammenarbeit auf der Grundlage gemeinsamer Überzeugungen, Werte und Regeln, mit anderen Worten: Sozialkapital.

Das Sozialkapital einer Organisation besteht – so unser Vorschlag – aus der Qualität, dem Umfang und der Reichweite zwischenmenschlicher Beziehungen (soziale Netzwerke), aus dem Vorrat gemeinsamer Überzeugungen, Werte und Regeln (Kultur) sowie aus der Qualität zielorientierter Koordination (Führung). Es trägt dazu bei, dass die Mitglieder einer Organisation einander vertrauen und ihre Arbeit als sinnhaft, verständlich und beeinflussbar erleben. Es erleichtert die Zusammenarbeit, fördert das Gefühl der inneren Verbundenheit untereinander und mit der Organisation als Ganzer und erhöht die Attraktivität eines Unternehmens für Arbeitssuchende. Sozialkapital „treibt“ Humankapital, fördert Lernen, Gesundheit und Produktivität (Abbildung 1). Führung allein durch Anordnung und materielle Anreize birgt dagegen erhebliche Risiken für die Beschäftigten, die Unternehmen und die sozialen Sicherungssysteme: wegen der dabei zu erwartenden hohen Kontroll- und Entscheidungskosten, dem dabei zu erwartenden gesundheitlichen Verschleiß und der dadurch mit bedingten Kosten für Arbeitslosigkeit, Krankenversicherung und Frühberentung.

*Abbildung 1:* Wechselwirkungen zwischen Sozialkapital, Humankapital und Kooperation



Diesen Thesen ist eine interdisziplinäre Forschergruppe an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld nachgegangen. Beteiligt an dem Vorhaben waren Wolfgang Greiner, Petra Rixgens, Max Ueberle, Martina Behr und der Autor. Das Vorhaben wurde gefördert durch die Europäische Union und das Land Nordrhein-Westfalen (Badura et al. 2008). Untersucht wurden vier produzierende Unternehmen und ein Finanzdienstleister. Als Datengrundlage diente eine Mitarbeiterbefragung von insgesamt 5000 Beschäftigten (Rücklauf 45%) sowie Indikatoren für Produktivität und Effizienz der beteiligten Unternehmen auf Abteilungsebene. Durch die Verknüpfung beider Datenmengen konnten klare Zusammenhänge zwischen dem Sozialkapital, dem Unternehmenserfolg und der Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nachgewiesen werden. Die Untersuchungsergebnisse belegen, dass immaterielle Faktoren, entgegen der bisher häufig vorherrschenden Auffassung, sehr wohl messbar und tatsächlich von großer Bedeutung sind für die Gesundheit und Einsatzbereitschaft der Mitarbeiter.

Das der Untersuchung zugrundeliegende Unternehmensmodell gliedert sich in Treiber und Ergebnisse. Die Treiber liegen in Unternehmen in unterschiedlicher Ausprägung vor und haben entsprechend Einfluss auf die Früh- und Spätindikatoren. Zu den Treibern gehören, neben den drei Sozialkapitalkomponenten des Netzwerk-, Führungs- und Wertekapitals, die Arbeitsbedingungen sowie die Qualifikation der Beschäftigten. Zu den Frühindikatoren zählen das psychische und physische Befinden der Beschäftigten, ihr Commitment, Organisationspathologien wie Mobbing und innere Kündigung sowie die Work-Life-Balance. Spätindikatoren sind Fehlzeiten, Arbeitsunfälle, Fluktuation und weitere Indikatoren aus der Betriebswirtschaft (siehe Abbildung 2).

Immaterielle Arbeitsbedingungen wie die Sinnhaftigkeit und die Klarheit der Aufgabenstellung, Partizipationsmöglichkeiten und Handlungsspielraum korrelieren besonders hoch mit dem Commitment der Mitarbeiter, ihrem Selbstwertgefühl, ihrem Wohlbefinden und ihrem subjektiven Qualitätsbewusstsein. Das Netzwerkkapital, z.B. Vertrauen innerhalb des Teams, Zusammengehörigkeitsgefühl und gegenseitige Unterstützung, korreliert besonders hoch mit Organisationspathologien wie innerer Kündigung und Mobbing sowie mit der Work-Life-Balance und mit dem subjektiven Qualitätsbewusstsein hinsichtlich der produzierten Güter oder erbrachten Dienstleistungen, mit psychosomatischen Befinden und dem Selbstwertgefühl. Das Führungskapital, z.B. die Güte der Kommunikation des direkten Vorgesetzten, seine Fairness und Gerechtigkeit und das in ihn gesetzte Vertrauen, korreliert hoch mit allen bereits genannten Frühindikatoren sowie dem Spätindikator Qualitätsbewusstsein. Das Überzeugungs- und Wertekapital, z.B. das Gemeinschaftsgefühl, die erfahrene Wertschätzung der Mitarbeiter durch das Top-Management, das Vorhandensein gemeinsamer